

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

allgemeinmedizinische Informationen und vollständige Angaben zu Ihrer Person stellen sicher, dass wir Sie adäquat und risikofrei behandeln können. Darum bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu beantworten. Natürlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht!

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Wohnort _____

Telefon tagsüber _____

(Bei Kindern bitte auch Namen und Adressen der Erziehungsberechtigten)

Beruf und Arbeitgeber _____

Krankenkasse/Versicherung _____

Private Zusatzversicherung ? Ja Nein

Beihilfeberechtigt ? Ja Nein

Nach dem Standardtarif privat versichert ? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung Medien/Homepage Sonstiges _____

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

Ja Nein

Wünschen Sie Informationen über unser Vorsorgeprogramm? Ja Nein

Dürfen wir Sie an Ihre nächsten Prophylaxetermine und Kontrolluntersuchungen erinnern? Ihre Zustimmung können Sie jederzeit widerrufen. Ja Nein

Wir nutzen in unserer Praxis ein EC-Terminal zum bargeldlosen Zahlungsverkehr. Gern bieten wir Ihnen zusätzlich an, Ihre Rechnungsbeträge zur Fälligkeit per Lastschrift von Ihrem Girokonto abzubuchen. Ihr Einverständnis zum Lastschriftverfahren können Sie selbstverständlich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Kontonummer BLZ Kontoinhaber

Datum, Unterschrift



Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____

Regelmäßig eingenommene Medikamente: _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gegen welche Medikamente oder Produkte besteht bei Ihnen der Verdacht einer Unverträglichkeit/Allergie?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herz/Kreislaufkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzasthma (Angina pectoris)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher/Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstige Erkrankungen

Diabetes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Epileptische Anfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Krämpfe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutarmut	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leberentzündung (Hepatitis A, B oder C)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Immunschwächekrankheiten (z.B. AIDS)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Allgemeines

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben

Datum, Unterschrift

Sie helfen uns sehr, wenn Sie uns eventuelle Änderungen dieser Angaben schnell mitteilen. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

